SAÚDE MENTAL

Desafios da Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Cuidado na Sociedade Moderna

Edição XXIX

Capítulo 28

SOBREPOSIÇÃO SINTOMÁTICA E ACURÁCIA DIAGNÓSTICA NO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE BORDERLINE

KAMILLY GARCIA VIEIRA[1]
DARIELY BINTTENCOURT NETTO[2]

[1]*Discente – Medicina da Universidade Fransciscana.*
[2]*Discente – Medicina da Universidade de Santa Cruz do Sul.*

Palavras-Chave: *Transtorno de Personalidade Borderline; Erro Diagnóstico; Sobreposição Sintomática.*

DOI: 10.59290/2239045060

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

O transtorno de personalidade borderline (TPB) constitui uma condição psiquiátrica complexa, caracterizada por padrões persistentes de instabilidade afetiva, impulsividade, perturbação da identidade e relações interpessoais intensas e disfuncionais (APA, 2013). Sua prevalência na população geral situa-se entre 1% e 2%, alcançando proporções significativamente maiores em contextos ambulatoriais e hospitalares psiquiátricos (LIEB *et al.*, 2004). A heterogeneidade clínica do TPB, somada à flutuação sintomática dependente de contexto, impõe desafios relevantes à acurácia diagnóstica.

Diversos estudos apontam que manifestações centrais do TPB — como labilidade emocional, reatividade afetiva, impulsividade, ideação paranoide transitória sob estresse e sintomas dissociativos — apresentam interseções clínicas com transtornos do humor, transtornos psicóticos, transtornos relacionados ao trauma e transtornos do espectro autista (SLOTEMA *et al.*, 2018; TSENG & GEORGIADES, 2024; SARR *et al.*, 2024). Essa sobreposição sintomática favorece fenômenos de confusão diagnóstica, particularmente quando a avaliação é conduzida de forma transversal e centrada em sintomas isolados.

Além das similaridades fenomenológicas, fatores como histórico de trauma, presença de manifestações psicóticas transitórias, estratégias de camuflagem social e vieses cognitivos no raciocínio clínico contribuem para a ocorrência de erro diagnóstico (MCQUAID *et al.*, 2024; SARR *et al.*, 2024). A ausência de investigação longitudinal da organização estrutural da personalidade e da dinâmica temporal dos sintomas pode conduzir à atribuição indevida de diagnósticos alternativos, com repercussões terapêuticas significativas.

Diante desse cenário, o objetivo deste estudo foi analisar, por meio de revisão integrativa da literatura, como a sobreposição sintomática no transtorno de personalidade borderline e os fatores associados ao erro diagnóstico impactam a acurácia diagnóstica na prática clínica.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada no período de janeiro a fevereiro de 2026, por meio de pesquisas nas bases de dados: Pubmed, SciELO e LILACS. Foram utilizados os descritores controlados do MeSH/DeCS relacionados a "*Borderline Personality Disorder", "Diagnosis", "Differential Diagnosis" e "Diagnostic Errors*", associados a termos livres como "symptom overlap", "*diagnostic accuracy" e "misdiagnosis*". A estratégia de busca utilizou operadores booleanos (AND/OR) para ampliação da sensibilidade e especificidade. Desta busca foram encontrados 68 artigos na base PubMed. Nas bases SciELO e LILACS, embora tenham sido realizadas buscas com os mesmos descritores e critérios temporais, não foram encontrados estudos que atendessem às condições de elegibilidade estabelecidas. Após aplicação do recorte temporal (2019 a 2025) e leitura dos títulos, permaneceram 48 estudos para análise dos resumos. Em seguida, procedeu-se à aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português ou inglês; publicados no período de 2019 a 2025; estudos originais e revisões narrativas ou conceituais disponibilizados na íntegra; e que abordassem a temática da sobreposição sintomática, diagnóstico diferencial ou fatores associados ao erro diagnóstico no transtorno de personalidade borderline. Foram excluídos editoriais, cartas ao editor, estudos de opinião, artigos duplicados e publicações que

não apresentassem discussão clínica relevante relacionada à prática diagnóstica.

Após os critérios de seleção restaram 16 artigos que foram submetidos à leitura minuciosa para a coleta de dados. Os resultados foram apresentados por meio de tabela síntese contendo as características principais dos estudos incluídos, bem como de forma descritiva, organizados em categorias temáticas abordando: convergências sintomatológicas que favorecem erro diagnóstico; avaliação transversal versus reconstrução longitudinal da dinâmica sintomatica; psicose transitória e superinterpretação clínica; trauma, neurodesenvolvimento e sobreposição estrutural; e fatores transversais associados ao erro diagnóstico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 16 estudos incluídos na presente revisão integrativa apresentaram delineamentos metodológicos heterogêneos, contemplando investigações observacionais, estudos neurocognitivos, revisões sistemáticas, análises conceituais, métodos Delphi e investigações qualitativas. De maneira convergente, as evidências indicaram que a sobreposição sintomática do transtorno de personalidade borderline (TPB) com outros transtornos psiquiátricos constitui um dos principais determinantes de erro diagnóstico na prática clínica. Estudos que exploraram interseções com transtornos do humor, quadros psicóticos, transtornos relacionados ao trauma e transtornos do espectro autista evidenciaram padrões de convergência fenomenológica capazes de comprometer a acurácia diagnóstica quando avaliados de forma isolada ou transversal. A síntese das características metodológicas e das principais contribuições diagnósticas dos estudos analisados encontra-se apresentada na **Tabela 28.1**.

Tabela 28.1 Características e contribuições dos estudos incluídos

Autor/ano	Tipo de estudo	Foco principal	Contribuições diagnósticas
Hestbaek *et al*., 2025	Observacional transversal	Cognição emocional em TPB e TB-II	Evidencia convergência na instabilidade afetiva e diferenças na reatividade emocional
Palmer *et al*., 2021	Psicométrico comparativo	Instrumentos de triagem de TPB vs TB	Identifica itens clínicos que auxiliam na discriminação diagnóstica
Reich *et al*., 2019	Neuroimagem	Conectividade amigdalar em TPB e TB	Aponta diferenças neurobiológicas apesar da similaridade clínica
Zeybek Daylan *et al*., 2023	Neuropsicológico transversal	Função executiva e regulação emocional em TPB e TB	Demonstra divergência em padrões hemodinâmicos
Pires *et al*., 2023	Estudo de caso	Fenótipo feminino do TEA	Demonstra sobreposição comportamental com TPB
Tschoeke *et al*., 2024	Clínico observacional	Sintomas positivos em TPB e psicose	Diferencia manifestações psicóticas transitórias de psicose primária
Martin *et al*., 2024	Observacional transversal	Sintomas básicos e comorbidades	Evidencia heterogeneidade fenomenológica e risco de superdiagnóstico
Sarr *et al*., 2024	Método Delphi	Diferenciação TEA, TEPT-C e TPB	Identifica critérios clínicos diferenciais baseados em consenso de especialistas

McQuaid *et al*., 2024	Revisão conceitual	Autismo feminino e diagnóstico tardio	Discute camuflagem social como fator de confusão diagnóstica
Powell *et al*., 2024	Qualitativo	Experiência diagnóstica em mulheres com TEA	Relata percursos diagnósticos equivocados envolvendo TPB
Zavlis & Tyrer, 2024	Revisão clínicoa	Interface entre TEA e transtornos de personalidade	Discute sobreposição estrutural e diagnóstica
Karatzias *et al*., 2023	Análise clínica comparativa	TEPT-C vs TPB	Diferencia origem traumática predominante no CPTSD
Ditrich *et al*., 2021	Revisão narrativa	TDAH e TPB	Diferencia impulsividade traço-estrutural de impulsividade neurodesenvolvimental
Zang *et al*., 2022	Metodológico (EHR)	Detecção automatizada de TPB	Evidencia subdiagnóstico e inconsistência documental
Sotos Gracia *et al*., 2026	Observacional transversal	Camuflagem social e pragmática	Explora interseção entre TEA e TPB
Figueiredo & Caixeta, 2025	Revisão narrativa	TEA e transtornos de personalidade	Sistematiza fatores associados à imprecisão diagnóstica

A partir da análise sistematizada dos estudos apresentados na **Tabela 28.1**, os achados foram organizados em cinco categorias temáticas: (1) convergências sintomatológicas que favorecem erro diagnóstico; (2) avaliação transversal versus reconstrução longitudinal da dinâmica sintomática; (3) psicose transitória e superinterpretação clínica; (4) trauma, neurodesenvolvimento e sobreposição estrutural; e (5) fatores transversais associados ao erro diagnóstico.

Convergências sintomatológicas que favorecem erro diagnóstico

A sobreposição sintomática no transtorno de personalidade borderline (TPB) não se limita à presença ocasional de manifestações semelhantes a outros quadros psiquiátricos, mas constitui expressão de um núcleo fenômenológico compartilhado por múltiplas categorias diagnósticas. Instabilidade afetiva, impulsividade comportamental, desregulação emocional intensa, sintomas dissociativos e experiências perceptivas breves configuram elementos centrais dessa convergência transdiagnóstica.

A instabilidade afetiva, frequentemente reconhecida como característica definidora do TPB, manifesta-se por flutuações emocionais rápidas e reativas, habitualmente associadas a estímulos interpessoais. Esse padrão pode se assemelhar à labilidade observada em transtornos do humor, sobretudo quando a avaliação clínica se restringe à intensidade do afeto e não à sua organização temporal e contextual (HESTBAEK *et al*., 2025; PALMER *et al*., 2021). Do mesmo modo, alterações no funcionamento executivo e na regulação emocional foram descritas tanto no TPB quanto em quadros do espectro bipolar, contribuindo para convergências clínicas que desafiam a diferenciação diagnóstica (ZEYBEK DALYAN *et al*., 2023; REICH *et al*., 2019).

A impulsividade, por sua vez, representa sintoma amplamente distribuído entre diferentes transtornos, incluindo transtornos do humor, transtornos do neurodesenvolvimento e condições relacionadas ao trauma. No TPB, entretanto, tende a assumir caráter relacional e estado-dependente, frequentemente associado a padrões de instabilidade identitária e sensibilidade à rejeição. A interpretação isolada desse comportamento, dissociada da organização global da personalidade, pode favorecer hipóteses diagnósticas alternativas (DITRICH *et al*., 2021).

Outro ponto de convergência relevante diz respeito às manifestações dissociativas e às experiências perceptivas transitórias. Ideação paranoide sob estresse e percepções auditivas breves podem ser interpretadas como sintomas positivos estruturados, aproximando-se fenomenologicamente de quadros psicóticos primários (TSCHOEKE *et al*., 2024; MARTIN *et al*., 2024). Entretanto, no TPB, tais fenômenos costumam apresentar natureza episódica, contextual e com preservação parcial do teste de realidade.

Adicionalmente, dificuldades socioemocionais, padrões interpessoais instáveis e comportamentos autolesivos descritos em indivíduos com transtornos do espectro autista, especialmente em apresentações femininas com camuflagem social, podem ser equivocadamente categorizados como expressão estruturante borderline (MCQUAID *et al*., 2023; POWELL *et al*., 2023; SOTOS GRACIA *et al*., 2026). No contexto do trauma, a desregulação afetiva observada no transtorno de estresse pós-traumático complexo também compartilha aspectos clínicos com o TPB (KARATZIAS *et al*., 2023), ampliando a permeabilidade diagnóstica entre categorias.

A sobreposição sintomatológica no TPB expressa uma convergência estrutural de fenômenos transdiagnósticos. O comprometimento da acurácia emerge quando manifestações isoladas são interpretadas fora da organização global da personalidade.

Avaliação transversal versus reconstrução longitudinal da dinâmica sintomática

No presente contexto, a acurácia diagnóstica pode ser compreendida como o grau de correspondência entre a formulação clínica estabelecida e a organização estrutural efetiva do funcionamento psíquico do paciente. Trata-se, portanto, não apenas da aplicação correta de critérios classificatórios, mas da adequação entre enquadramento nosológico e padrão organizador subjacente.

Um dos principais determinantes da acurácia diagnóstica no transtorno de personalidade borderline (TPB) reside na forma como os sintomas são enquadrados temporalmente. A análise transversal da psicopatologia — frequentemente realizada em contextos de urgência ou de avaliação pontual — tende a privilegiar a intensidade e a expressividade do sintoma no momento da consulta, desconsiderando sua trajetória evolutiva e sua inserção na organização estrutural da personalidade.

A distinção entre episódio sindrômico e traço persistente é central nesse contexto. Nos transtornos do humor, por exemplo, a alteração afetiva assume organização episódica relativamente delimitada, com períodos de eutimia intercalados por fases sintomáticas estruturadas. Já no TPB, as oscilações emocionais tendem a apresentar caráter reativo, brevidade temporal e forte dependência de eventos interpessoais (HESTBAEK *et al*., 2025; PALMER *et al*., 2021). Quando tais flutuações são interpretadas apenas pela intensidade do afeto — e não por sua configuração longitudinal — pode ocorrer imprecisão diagnóstica.

Da mesma forma, manifestações perceptivas transitórias ou episódios dissociativos intensos podem ser lidos como indicativos de transtorno psicótico primário quando analisados isoladamente. Contudo, estudos indicam que tais fenômenos no TPB são frequentemente estado-dependentes e modulados por estressores contextuais (TSCHOEKE *et al*., 2024; MARTIN *et al*., 2024), diferindo da persistência e da desorganização observadas em psicoses estruturadas.

A reconstrução desenvolvimental também desempenha papel crucial. A ausência de investigação sobre padrões relacionais precoces, his-

tória de trauma ou traços persistentes de organização identitária pode levar à interpretação equivocada de manifestações atuais como quadros episódicos independentes (KARATZIAS *et al*., 2023; MCQUAID *et al*., 2023). Em casos de transtornos do espectro autista com diagnóstico tardio, por exemplo, a leitura exclusivamente transversal pode obscurecer a natureza neurodesenvolvimental do quadro (POWELL *et al*., 2023; SOTOS GRACIA *et al*., 2026).

A acurácia diagnóstica no TPB depende do enquadramento temporal adequado dos sintomas. Avaliações restritas ao momento clínico tendem a distorcer fenômenos estruturais persistentes.

Psicose transitória e superinterpretação clínica

As manifestações psicóticas transitórias no transtorno de personalidade borderline (TPB) constituem uma das principais fontes de confusão diagnóstica na prática clínica. Ideação paranoide sob estresse, experiências auditivas breves, sensação de desrealização e episódios dissociativos intensos podem assumir configuração fenomenológica semelhante à observada em transtornos psicóticos primários. Entretanto, a natureza, a duração e a organização desses fenômenos diferem substancialmente entre os quadros.

Estudos clínicos demonstram que sintomas positivos no TPB tendem a ser estado-dependentes e fortemente modulados por estressores interpessoais ou emocionais agudos (TSCHOEKE *et al*., 2024). Diferentemente das psicoses primárias, nas quais a alteração do pensamento e da percepção apresenta maior persistência e desorganização formal, no TPB observa-se frequentemente preservação parcial do teste de realidade e ausência de deterioração progressiva da estrutura do pensamento (MARTIN *et al*., 2024).

Além disso, fenômenos dissociativos intensos podem ser confundidos com desorganização psicótica, sobretudo quando acompanhados de alterações perceptivas transitórias. Contudo, evidências sugerem que tais manifestações, no contexto borderline, apresentam dinâmica episódica e reversível, frequentemente associada a experiências emocionais de elevada intensidade.

Esse cenário favorece a superinterpretação clínica, especialmente em avaliações pontuais, nas quais a ênfase recai sobre o sintoma manifesto no momento da consulta. A atribuição precoce de diagnóstico psicótico pode acarretar consequências terapêuticas significativas, incluindo medicalização excessiva e abordagem centrada exclusivamente em sintomatologia positiva, em detrimento da compreensão da organização estrutural da personalidade.

O reconhecimento da natureza episódica e relacional das manifestações psicóticas no TPB é decisivo para evitar enquadramentos nosológicos indevidos.

Trauma, neurodesenvolvimento e sobreposição estrutural

Diferentemente das convergências fenomenológicas previamente discutidas, a sobreposição aqui analisada refere-se a intersecções estruturais e desenvolvimentais.

A sobreposição estrutural entre o transtorno de personalidade borderline (TPB), o transtorno de estresse pós-traumático complexo (CPTSD) e os transtornos do espectro autista (TEA) representa um dos campos mais desafiadores para a diferenciação diagnóstica contemporânea. Diferentemente das convergências sintomatológicas episódicas, aqui o risco de imprecisão decorre da intersecção entre padrões persistentes de organização da personalidade e trajetórias desenvolvimentais específicas.

No contexto do trauma, a desregulação emocional, a instabilidade relacional e os episódios dissociativos podem assumir configuração semelhante à observada no TPB. Entretanto, evidências indicam que, no CPTSD, tais manifestações tendem a organizar-se predominantemente em torno de experiências traumáticas estruturantes, com núcleos sintomáticos centrados em revivescência, esquiva e alterações persistentes na percepção de ameaça (KARATZIAS *et al*., 2023). No TPB, por sua vez, a instabilidade identitária e os padrões interpessoais disfuncionais apresentam caráter mais difuso e transversal à história de vida, não necessariamente restritos a um evento traumático delimitado.

No âmbito do neurodesenvolvimento, estudos apontam que mulheres com TEA frequentemente recebem diagnósticos prévios de TPB antes do reconhecimento da condição autística, sobretudo em razão de estratégias de camuflagem social e expressão afetiva intensa (MCQUAID *et al*., 2023; POWELL *et al*., 2023; SOTOS GRACIA *et al*., 2026). Dificuldades pragmáticas, rigidez comportamental e padrões relacionais atípicos podem ser interpretados como instabilidade emocional ou sensibilidade à rejeição quando descontextualizados do percurso desenvolvimental.

A distinção entre alteração estrutural da personalidade e condição neurodesenvolvimental requer investigação minuciosa da história evolutiva, das competências sociais precoces e da consistência dos padrões comportamentais ao longo da vida (FIGUEIREDO & CAIXETA, 2025; ZAVLIS & TYRER, 2024). A ausência dessa reconstrução favorece enquadramentos apressados e potencialmente inadequados.

A sobreposição estrutural entre trauma, neurodesenvolvimento e organização borderline não implica equivalência diagnóstica, mas evidencia a necessidade de análise dimensional e longitudinal do funcionamento psíquico.

Nem toda desregulação afetiva em contexto traumático configura TPB, e nem todo retraimento social associado à camuflagem indica instabilidade identitária borderline.

Fatores transversais associados ao erro diagnóstico

Para além das convergências sintomatológicas e das dificuldades inerentes à diferenciação estrutural, a imprecisão diagnóstica no transtorno de personalidade borderline (TPB) envolve determinantes cognitivos e contextuais que atravessam o processo clínico. A acurácia diagnóstica não depende exclusivamente do conhecimento dos critérios nosológicos, mas também do modo como o clínico organiza e interpreta a informação disponível.

Vieses cognitivos, como ancoragem e heurística da disponibilidade, podem influenciar a formulação diagnóstica, sobretudo quando determinados sintomas assumem maior saliência emocional ou narrativa. A tendência a priorizar impulsividade intensa, ideação paranoide ou oscilação afetiva pode conduzir à adoção precoce de hipóteses alternativas, especialmente em contextos nos quais transtornos do humor ou quadros psicóticos são mais frequentemente reconhecidos.

Fatores socioculturais e de gênero também desempenham papel relevante. Estudos indicam que mulheres no espectro autista podem receber diagnóstico de TPB antes da identificação da condição neurodesenvolvimental, em razão da expressão emocional intensa ou de padrões relacionais instáveis associados à camuflagem social (MCQUAID *et al*., 2023; POWELL *et al*., 2023). De forma semelhante, a presença de histórico traumático pode direcionar automaticamente a hipótese diagnóstica para CPTSD, obscurecendo aspectos estruturais de personalidade (KARATZIAS *et al*., 2023).

Além disso, inconsistências na documentação clínica e fragmentação do cuidado dificultam a reconstrução longitudinal necessária à diferenciação diagnóstica. O subdiagnóstico do TPB também foi identificado em análises baseadas em prontuários eletrônicos, indicando discrepância entre manifestações clínicas e registro formal do diagnóstico (ZANG *et al*., 2022).

Esses fatores demonstram que o erro diagnóstico no TPB não é exclusivamente fenomenológico, mas resulta da interação entre características clínicas complexas e limitações no processo avaliativo.

A imprecisão diagnóstica no TPB emerge da combinação entre sobreposição estrutural de sintomas e falhas interpretativas no processo clínico.

CONCLUSÃO

A análise evidenciou que a dificuldade diagnóstica no transtorno de personalidade borderline decorre menos da escassez de critérios e mais da complexidade estrutural de seus fenômenos clínicos. A convergência sintomatológica com diferentes quadros psiquiátricos impõe ao clínico a necessidade de ultrapassar a identificação isolada de sinais e sintomas, orientando-se por uma compreensão integrada da organização da personalidade e de sua dinâmica temporal.

Mais do que reconhecer manifestações semelhantes a outros transtornos, a tarefa diagnóstica exige discernir padrões estruturais persistentes, modulados por contexto interpessoal e trajetória desenvolvimental. Nesse sentido, a acurácia diagnóstica no TPB está diretamente relacionada à qualidade do enquadramento clínico adotado, incluindo a capacidade de diferenciar episódio de traço, estado de estrutura e reação contextual de padrão organizador.

Assim, a melhoria da precisão diagnóstica não reside exclusivamente na ampliação de categorias nosológicas, mas no refinamento do raciocínio clínico e na incorporação sistemática de perspectiva longitudinal e estrutural na avaliação psiquiátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR. Washington: American Psychiatric Association, 2022.

AZZAM, S. *et al*. Borderline personality disorder: a comprehensive review of current diagnostic practices, treatment modalities, and key controversies. Cureus, v. 16, p. e75893, 2024. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.75893.

BASHIR, S. *et al*. Association between personality disorders and neurocognitive dysfunctions in stroke survivors: a case control study. Asian Journal of Psychiatry, v. 95, p. 103974, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.103974.

BELLEAU, E. L. *et al*. Amygdala resting state connectivity differences between bipolar II and borderline personality disorders. Neuropsychobiology, v. 78, p. 229-237, 2019. DOI: https://doi.org/10.1159/000502293.

DALYAN, G. Z. *et al*. Evaluation of executive functions with functional near-infrared spectroscopy in euthymic bipolar and borderline personality disorders. Archives of Neuropsychiatry, v. 60, p. 110-116, 2023. DOI: https://doi.org/10.29399/npa.28147.

DITRICH, I.; PHILIPSEN, A.; MATTHIES, S. Borderline personality disorder (BPD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) revisited – a review-update on common grounds and subtle distinctions. Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation, v. 8, p. 22, 2021. DOI: https://doi.org/10.1186/s40479-021-00163-9.

FIGUEIREDO, T. & CAIXETA, L. Autism spectrum disorders and personality disorders: differential diagnosis or comorbidity? Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 2025. DOI: https://doi.org/10.47626/2237-6089-2025-0012.

FERRER, M. *et al*. Differences in the association between childhood trauma history and borderline personality disorder or attention deficit/hyperactivity disorder diagnoses in adulthood. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, v. 272, p. 1107-1118, 2022. DOI: https://doi.org/10.1007/s00406-021-01373-6.

HESTBAEK, E. *et al*. Emotional cognition in patients with borderline personality disorder and patients with bipolar disorder type II: evidence for transdiagnostic and differential diagnostic differences. European Neuropsychopharmacology, v. 98, p. 13-21, 2025. DOI: https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2025.01.004.

KARATZIAS, T. *et al*. Distinguishing between ICD-11 complex post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: clinical guide and recommendations for future research. British Journal of Psychiatry, v. 223, p. 403-406, 2023. DOI: https://doi.org/10.1192/bjp.2023.48.

MARTIN, J. C. *et al*. A tale of three spectra: basic symptoms in clinical-high-risk of psychosis vary across autism spectrum disorder, schizotypal personality disorder, and borderline personality disorder. Schizophrenia Bulletin Open, v. 5, p. sgae017, 2024. DOI: https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgae017.

PALMER, B. A. *et al*. Self-report screening instruments differentiate bipolar disorder and borderline personality disorder. Brain and Behavior, v. 11, p. e02201, 2021. DOI: https://doi.org/10.1002/brb3.2201.

PIRES, S. *et al*. Autism spectrum disorder in females and borderline personality disorder: the diagnostic challenge. Cureus, v. 15, p. e40279, 2023. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.40279.

SARR, R. *et al*. Differential diagnosis of autism, attachment disorders, complex post-traumatic stress disorder and emotionally unstable personality disorder: a Delphi study. British Journal of Psychology, v. 116, p. 1-33, 2025. DOI: https://doi.org/10.1111/bjop.12612.

SOTOS GRACIA, R. *et al*. Could she be autistic? Exploring gender differences in camouflaging and pragmatics in autism and borderline personality disorder. Clinical Psychology & Psychotherapy, v. 33, p. e70210, 2026. DOI: https://doi.org/10.1002/cpp.70210.

TSCHOEKE, S.; STEINERT, T.; KNOBLAUCH, H. Forensic aspects of dissociative positive symptoms in trauma-related disorders and borderline personality disorder. International Journal of Law and Psychiatry, v. 94, p. 101973, 2024. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2024.101973.

TSENG, S. & GEORGIADES, A. A phenomenological comparison of auditory hallucinations between borderline personality disorder and schizophrenia: a systematic review. Clinical Psychology & Psychotherapy, v. 31, p. e2958, 2024. DOI: https://doi.org/10.1002/cpp.2958.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International classification of diseases 11th revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization, 2022.

ZANG, Y. *et al*. Development of a screening algorithm for borderline personality disorder using electronic health records. Scientific Reports, v. 12, p. 11976, 2022. DOI: https://doi.org/10.1038/s41598-022-16057-3.

ZAVLIS, O. & TYRER, P. The interface of autism and borderline personality disorder. British Journal of Psychiatry, v. 225, p. 360-361, 2024. DOI: https://doi.org/10.1192/bjp.2024.45.